FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 17 DE OUTUBRO DE 1903

PARA SER DEFENDIDA POR

Joaquim Sylvio Ribeiro Junior

(Natural do Estado da Bahia)

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Obstetricia

Indicação e vantagens da ischio-pubiotomia

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

IMPRENSA POPULAR

Rua do Coberto Grande, 48

1903

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — Dr. ALFREDO BRITTO

VICE-DIRECTOR — Dr. ALEXANDRE E. DE CASTRO CERQUEIRA

Lentes cathedraticos

1. Secção

Os Drs.	Materias que leccionam
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.

2. Secção

Antonio Pacifico Pereira	Histologia
Augusto Cezar Vianna	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e physiologia pathologicas.

3. Secção

Manoel José de Araujo	Physiologia
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Therapeutica.

4. Secção

Raymundo Nina Rodrigues	Medicina legal e toxicologia.
. . . .	Hygiene.

5. Secção

Braz Hermenegildo do Amaral	Pathologia cirurgica.
Fortunato A. da Silva	Operações e apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica — 1. cadeira.
Ignacio Monteiro de A. Gouveia	» » — 2. »

6. Secção

Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	» medica — 1. cadeira.
Francisco Braulio Pereira	» » — 2. »

7. Secção

Antonio Victorio de Araujo Falcão	Mat. med., pharm. e arte de formular.
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.

8. Secção

Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica

9. Secção

Frederico de Castro Rebello	» pediatrica.

10. Secção

Francisco dos Santos Pereira	» ophtalmologica.

11. Secção

Alexandre E. de Castro Cerqueira	» dermatologica e syphiligraphica

12. Secção

João Tillemont Fontes	» psychiatrica e de mol. nervosas

Luiz Anselmo da Fonseca	Em disponibilidade
João E. de Castro Cerqueira	
Sebastião Cardoso	

Lentes substitutos

Os Drs.		Os Drs.	
. . . .	1. Secção.	Pedro da Luz Carrascosa	7. Secção.
Gonçalo Muniz S. de Aragão	2. »	José Adeodato de Souza	8. »
Pedro Luiz Celestino	3. »	Alfredo de Magalhães	9. »
Josino Cotias	4. »	Clodoaldo de Andrade	10. »
. . . .	5. »	Carlos Ferreira Santos	11. »
João A. Garcez Fróes	6. »	Juliano Moreira	12. »

SECRETARIO — Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO — Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

PROLOGO

Apezar da nossa bôa vontade e emprego de nossa actividade sempre que temos um dever a cumprir, encontramos na organização d'este trabalho embaraços serios que quasi nos fizeram retroceder.

A necessidade, porém, de satisfazer uma imposição regularmentar se nos anteparava e tivemos de cobrar animo e proseguir em nossa difficil tarefa, porque viamos n'ella o meio *sine qua* não poderiamos satisfazer ao mais almejado de nossos intentos — o doutorado em Medicina.

Nada temos que apresentar de novo porque

sciencia propria e autonomia scientifica não possuimos; são algumas paginas onde se encontrará na altura dos nossos limitadissimos conhecimentos, o resumo das considerações dos auctores que mais cuidadosamente se encarregaram de estudar a questão.

Nunca escrevemos para o publico, e principalmente para o publico scientifico e isto nos servirá de grande pezo para serem-nos desculpados as lacunas e imperfeições que certamente serão encontrados n'este nosso trabalho.

Dividimol-o do seguinte modo :

Dedicaremos a primeira parte ao estudo da bacia obliqua ovalar; achando ser necessario e mesmo de grande importancia, fazermos este estudo, porquanto tem elle a mais intima ligação com o ponto capital de nossa dissertação.

Na segunda parte trataremos da indicação da ischio-pubiotomia.

Da sua technica nos occuparemos na terceira parte. Na quarta, finalmente, estudaremos as vantagens que offerece a ischio-pubiotomia sobre as demais operações obstetricas praticaveis em casos identicos.

DISSERTAÇÃO

Indicação e vantagens da ischio-pubiotomia

CAPITULO I

BACIA OBLIQUA OVALAR

Muitos parteiros illustres como: Baudelocque, Siebold, Dugés, Voigtel, se occuparam da bacia obliqua ovalar com ankyloze sacro-iliaca, publicando importantes trabalhos; a prioridade porém, neste assumpto, cabe, por certo, ao professor Nœgele que, pelos acurados estudos, apresentou a melhor e mais completa descripção, chamando a attenção dos parteiros sobre a grande importancia obstetrica deste vicio de conformação.

A especie de deformação que distingue esta bacia, segundo Nœgele, é o resultado de uma pressão exercida sobre os ossos, pressão esta parecendo ter actuado obliquamente de fóra para dentro e de baixo para cima, sobre uma das

metades da parede anterior da excavação e sobre a região da cavidade cotyloide, emquanto que, a outra metade da bacia experimentaria uma semelhante pressão de fóra para dentro, porém em sua parte posterior.

Os caracteres da bacia obliqua ovalar, segundo o professor Nœgele, são os seguintes:

A bacia é retrahida na direcção de um dos seus diametros obliquos; ha ankyloze completa de uma das symphises sacro-iliacas e desenvolvimento incompleto da metade correspondente do sacro e do osso iliaco do mesmo lado.

Caracteres proprios:

1.° Ankyloze completa de uma das symphises sacro-iliacas, ou fusão do sacro com um dos ossos iliacos.

2.° Parada de desenvolvimento, ou antes desenvolvimento incompleto da metade do sacro e estreiteza dos buracos sagrados anteriores, do lado correspondente á ankyloze.

3.° Largura menos consideravel do osso iliaco e de sua chanfradura ischiatica, do mesmo lado.

A porção da face interna que no lado bem configurado, constitue a superficie auricular, não tem do lado viciozamente conformado tanta altura.

4.° O sacro parece impellido para o lado ankylozado, tendo a face anterior mais ou menos voltada deste lado.

Ao mesmo tempo, a symphise pubiana é arrastada do lado opposto, de sorte que, não corresponde directamente, porém obliquamente ao angulo sacro-vertebral.

5.° Do lado onde existe a ankyloze, a parede lateral e a metade correspondente da parede anterior da excavação da bacia, são mais achatadas do que no estado de boa conformação.

6.° A outra metade da bacia, na qual existe symphise sacro-iliaca, não está em estado de boa conform ação.

O lado onde a symphise sacro-iliaca é conservada, participa da má posição e do desvio vicioso dos ossos do lado onde existe a ankyloze.

A fórma é tambem alterada; e se deste lado se tira uma linha do promontorio pela linha innomi-

nada e eminencia ilio-pectinea, á symphse pubiana, se a encontra, para atráz menos, e para adiante mais curva do que em uma bacia bem conformada.

Destas disposições resulta que:

A bacia é retrahida obliquamente, isto é, na direcção do diametro que cruza aquelle que do do ponto da ankyloze, se estende a cavidade cotyloide do lado opposto, emquanto que, este ultimo diametro, ao contrario, não é diminuido e offerece mesmo quando o vicio de conformação é consideravel, mais extensão do que no estado normal.

A distancia que existe entre o promontorio e a região situada acima de uma ou de outra cavidade cotyloide é a que existe entre o vertice do sacro e uma ou outra espinha sciatica, não são iguaes dos dois lados, ellas são menores do lado onde existe a ankyloze.

A distancia que separa a tuberozidade sciatica do lado ankylozado da espinha iliaca posterior e superior e a que existe entre a apophyse espinhosa da ultima vertebra lombar e a espinha iliaca

anterior e superior do lado ankylozado, são menores do que as mesmas distancias do lado opposto.

A linha tirada do bordo inferior da symphise pubiana á espinha posterior e superior do osso iliaco do lado ankylozado é mais longa do que uma outra linha tirada do mesmo ponto á espinha iliaca posterior e superior, do outro lado.

As paredes da escavação convergem, de alguma sorte,—obliquamente para baixo, a arcada pubiana é mais ou menos retrahida e sua fórma se approxima daquella que é propria á bacia do homem.

A cavidade cotyloide do lado achatado é voltada mais para adiante do que em uma bacia bem conformada, e a do outro lado olha quasi directamente para fóra.

Pathogenia

Ha differentes theorias emittidas para explicar a formação da bacia obliqua ovalar:

Dentre todas, a mais antiga é de Nœgele, segundo a qual, este vicio de conformação tem

como causa mais provavel uma anomalia de formação original.

As razões que apresenta para affirmar o seu modo de pensar, são as seguintes:

O osso iliaco está completamente soldado com o sacro; ausencia na região da synostose de traços que indiquem a soldadura de partes outr'ora distinctas; parada de desenvolvimento de uma das metades lateraes do sacro; largura menor do osso iliaco do mesmo lado e altura tambem menor da synostose comparativamente á synchondroze do lado opposto; o conhecimento deste facto, que synostoses e deformações de outros ossos podem igualmente ser o resultado de anomalias de formação original, e que a synostose congenita é ordinariamente ligada a deformação dos ossos soldados, consistindo sobretudo em uma parada de desenvolvimento; a grande semelhança destas bacias entre si; a falta de uma causa ou influencia externa que podesse dar nascimento a esta deformação.

Não foi geralmente acceita esta theoria do professor Nœgele, sobre a genese da bacia obliqua

ovalar, porquanto, não tardaria apparecer ao lado desta bacia, muitos typos tendo causas outras.

Rokitansky, Tiedmann, estão de pleno accordo com o modo de pensar do illustre professor, porém, já o mesmo não aconteceu com Stein e Martin que sustentaram não ser a ankyloze sacro-iliaca de origem primitiva, e sim o resultado de uma inflamação, em consequencia da qual se dá a fuzão do osso iliaco com o sacro, com endurecimento das partes circumvisinhas, trazendo ao mesmo tempo, o desvio dos ossos a medida que se vai dando o crescimento.

Mostra Hohl por suas numerosas pesquizas feitas sobre grande numero de bacias, que é necessario admittir-se tres especies de bacias obliquas ovalares:

« 1.° Bacias soffrendo durante a vida intra-uterína uma parada de desenvolvimento, em consequencia de um ou de varios nucleos osseos e apresentando ankyloze de uma articulação sacro-iliaca.

2.° Bacias que soffrendo uma parada do desen-

volvimento durante os primeiros annos da vida, não se acompanham sempre de soldadura da articulação.

Finalmente bacias, nas quáes a synostoze sacro-iliaca resulta de uma osteo asthrite, sobrevinda quer durante a vida intra uterina, quer durante os primeiros annos.

Simon Thomas considera sempre a ankyloze como o facto primitivo e essencial e tudo mais, como secundario.

Olshausen combate este modo de pensar de Simon Thomas por ser demais exclusivo, elle cita um novo caso de bacia obliqua ovalar com ankyloze sacro-iliaca e procura demonstrar que este vicio de conformação do sacro é, nesta sorte de bacia, o facto primitivo e etiologico e que a synostose é o resultado de uma pressão exagerada, que parte da cavidade cotyloide.

Lenoir admitte, por sua vez, uma segunda variedade de bacia obliqua ovalar, consistindo na má formação da bacia por luxação congenita ou accidental não reduzida de um dos femurs.

Quizeram Litzmann e outros auctores, fazer entrar no quadro da bacia obliqua ovalar, certas bacias viciadas por pressão exercida sobre um dos lados da bacia, como por exemplo: quando ha coxalgia unilateral ou quando ha encurtamento de um dos membros inferiores e que o pezo do corpo desviado do lado opposto, pode determinar a parada do desenvolvimento, em consequencia da pressão exagerada sobre o lado em que existe o encurtamento.

Para Dubois e Gavarret a synostose é a causa primitiva da viciação.

Hubert faz representar um papel preponderante a atrophia do sacro e do osso iliaco, a qual dependeria antes de um vicio de nutrição, do que mesmo da ankyloze da symphise.

Sustenta Fabri que a atrophia dos ossos não é uma condicção necessaria da viciação obliqua ovalar, e que esta pode ser produzida por pressões mecanicas exercidas sobre a bacia da criança.

Em vista de tantas theorias, o professor Dupaul admitte tres variedades de bacia obliqua ovalar:

1.ª Bacia de Nœgele caracterisada pela fuzão do sacro com o osso iliaco e atrophia da articulação.

2.ª Bacia caracterisada pela atrophia do osso iliaco e de uma metade do sacro, sem coexistencia da ankyloze.

3.ª Bacia que não offerece nem um e nem outro destes dois caracteres e que não pertence á viciação obliqua ovalar, sinão por um caracter principal de sua deformação, isto é, pela estreiteza obliqua do canal pelviano.

Diagnostico

Uma das partes que mais interessa ao parteiro é, sem duvida, a que se refere ao estudo do diagnostico da bacia obliqua ovalar.

Não é tão facil, principalmente para aquelles que começam, fazer o diagnostico de uma bacia obliqua ovalar com ankyloze sacro-iliaca.

Muitas vezes vemos uma mulher gozando saude

vigorosa, apparentemente bem conformada, não apresentando signal algum de rachtismo, nem deformação alguma do esqueleto, tendo succedido mesmo que, nestas condicções, ter parido duas ou mais vezes, expontaneamente, crianças pequenas e vivas, pode necessitar, no entanto, num novo parto da mutilação do féto. Basta para isso somente que a grossa parte da extremidade cephalica, tenha estado voltada do lado são nos partos anteriores e do lado doente no ultimo caso.

Procedendo nella um exame com toda a attenção, nota-se que um dos quartos é menos desenvolvido do que o outro e pelo afastamento dos membros inferiores e exame dos orgãos genitaes externos, se vê que a vulva não está situada verticalmente sobre a linha média do corpo, mas dirigida obliquamente em relação ao eixo do corpo e desviada do lado são.

Pela palpação da parte posterior do sacro, se pode determinar a presença da apophise espinhosa da ultima vertebra lombar e medir sua distancia da espinha iliaca posterior e inferior; na bacia

obliqua ovalar do lado doente a apophise espinhosa se acha quasi em contacto com a espinha iliaca.

Pelo toque, se sente que a arcada pubiana é dirigida para um dos lados; que uma das distancias sacro-cotyloidiana é mais curta do que a outra; que a espinha sciatica do lado doente é saliente e toda esta metade da bacia é facilmente accessiva.

Emfim ha ainda um outro meio de diagnostico assignalado por Dayan.

Consiste em collocar a mulher com o dorso apoiado sobre um plano vertical, de modo que, as espaduas e a parte superior das nadegas esteja em relação com este plano, e, em seguida, se deixa cahir dois fios a plumo, um de um ponto que corresponda a apophise espinhosa da ultima vertebra lombar, no da primeira vertebra sacra, o outro do bordo inferior da symphise.

Si a mulher é bem conformada, os dois fios a plumo cobrirão um ao outro.

Sendo, porem, a bacia viciada obliquamente, o fio collocado para adiante não cobrirá mais o que está collocado para atraz.

Este se desviará para a direita ou para a esquerda, conforme o lado em que se acher a ankyloze e o desvio será tanto mais pronunciado, quanto mais consideravel for o vicio de conformação.

Emfim, não é sinão nos casos em que encontre traços evidentes de uma inflamação anterior, que se poderá provar a existencia da ankyloze.

CAPITULO II

Indicação da ischio-pubiotomia

A ischio-pubiotomia foi descoberta em 1892 pelo illustre cirurgião francez H. Farabeuf e neste mesmo anno Pinard, alcançando o mais feliz resultado, praticou-a na mulher Tremoulet que tinha a bacia obliqua ovalar ankylozada com diametro promonto-pubiano de 85 millimetros.

Vendo as difficuldades com que luctavam todos os parteiros deante dos casos de bacia obliqua ovalar, os quaes não tinham em seu auxilio sinão o forceps, a versão, a operação cezariana e embriotomia, o professor Farebeuf procurou um meio de tornar possivel o parto de termo nesta especie de bacia, fazendo atravessar a orla pelviana retrahida por um feto de volume normal, sem que corresse risco de vida nem este, nem á parturiente.

Para isso, começou primeiramente a estudar e a estabelecer a extensão das superficies necessarias ao encravamento da cabeça do feto e em seguida procurou obter o augmento necessario da bacia ankylozada.

Reconheceu e demonstrou perfeitamente que a symphisiotomia e a pubiotomia não poderiam de modo algum dar o preciso augmento.

Depois de ter bem calculado, concluio que feita a secção do lado ankylozado e retrahido a uma distancia de cinco centimetros da linha media, obter-se-ia augmento satisfactorio.

Estabelecidos assim os seus estudos, procurou o modo de praticar esta secção sem lezar orgão algum importante.

O professor Charpentier nega que o professor Farabeuf tivesse sido o descobridor da ischio-pubiotomia, allegando que, antes d'elle, Stoltz havia praticado esta mesma operação.

O conhecimento que adquirimos sobre este assumpto, nos auctoriza, firmado em opiniões valiosas, a contestar esta opinião do illustre profes-

sor, em quem não deixamos de reconhecer uma das altas competencias em obstetricia.

A operação praticada em 1838 por Stoltz não foi a ischio-pubiotomia; o que elle pretendeu foi, simplesmente, substituir a symphisiotomia, que nem sempre dava em resultado a facil consolidação da symphise pubiana, por uma outra operação que podesse de algum modo fazer desapparecer tão serio inconveniente.

A thechnica de sua operação consistia no seguinte: ao nivel de um dos pubis do lado da articulação praticava uma *boutonnière*, atravéz da qual introduzia com o auxilio de uma agulha, uma serra de cadeia, que, passando por detraz do ramo d'aquelle osso, vinha sahir ao lado do clitoris.

Antes d'elle outros processos de pelviotomia já tinham sido estudados, havendo mesmo quem pretendesse serrar a cintura pelviana de cada lado, para completar o afastamento insufficiente e evitar algumas duvidas ou inconvenientes que, por ventura, podessem apparecer para o lado das

articulações sacro-iliacas nas bacias estreitadas, mas sem ankyloze posterior.

O professor Farabeuf em uma serie de bellos artigos, defendendo-se brilhantemente das accusações a elle feitas pelo professor Charpentier, demonstrou que a ischio-pubiotomia foi por elle descoberta e que ninguem antes d'elle ousou tocar em uma bacia obliqua ovalar, que, devido a sua conformação, foi considerada como o terror dos symphisiotomistas e pelviotomistas.

A ischio-pubiotomia é somente indicada nos casos de bacia obliqua ovalar, quando queremos obter o seu augmento momentaneo.

Neste caso, os differentes processos de pelviotomias não dariam resultado algum vantajoso, mormente sendo inteiramente diversos da ischio-pubiotomia.

Varnier referindo-se aos multiplos processos de pelviotomia, assim se exprime: «A differença capital entre a operação de Farabeuf e todas as outras pelviotomias, sem fallar no methodo de mensurações

e calculos antecipados, está no augmento momentaneo da bacia obliqua ovalar».

Velpeau, no seu tratado diz: «Se acontece encontrar-se a symphise ossificada, como duas vezes tenho encontrado, ha tão pequena probabilidade de obter um augmento um pouco consideravel que, em lugar de serrar a articulação, como aconselha Chapion e como fez Siebold, seria melhor recorrer á operação cezariana».

Weidmann e Lauverjat, mencionam exemplos de bacias que apresentam estas alterações.

Tratando da symphisiotomia, em 1894, Morisani affirmava que a ischio-pubiotomia era uma operação nova, de indicação toda especial, que constituia um precioso recurso nos retrahimentos causados pela ankyloze de uma das symphises sacro-iliacas.

Fica, portanto, demonstrado que cabe ao eminente professor Farabeuf, a gloria da descoberta desta util e vantajosa operação obstetrica.

O professor Pinard teve um procedimento digno de elogios, propondo á Academia de Medicina de Paris, que desse a esta operação o nome do seu illustre descobridor.

CAPITULO III

Technica operatoria

Instrumentos necessarios á operação: bisturis, tesouras, pinças hemostaticas, afastadores, ruginas, serra de cadeia, agulha romba flexivel, passa-fio com cabo, perfuradores e fios metallicos, agulhas e fios diversos, no caso de se fazerem suturas.

Incisões tegumentares. Estas incisões devem se achar sobre uma linha parallela á linha media e em uma distancia de 4 centimetros.

E' ahi que o bordo osseo do buraco ischio-pubiano será desnudado em dois pontos e que a serra de cadeia será passada: 1.° perto do ischio ao lado do perineo, á direita da furcula, pelo ramo ascendente do ischio; 2.° a um dedo para fora da espinha pubiana pelo ramo horizontal do pubis.

Depois a serra de cadeia será passada successivamente para traz de cada uma destas partes osseas, a 4 centimetros da linha media, mas é preciso deslocar as partes molles, afastal-as para fora e serrar o osso a mais de 4 centimetros da linha media, o mais longe possivel. Assim chega-se facilmente a serrar o pilar da arcada, perto do ischio e o ramo pubiano horizontal a 5 centimetros da symphise. E' muito importante dar a maior extensão possivel.

PRIMEIRA SECÇÃO

Ischio

A mulher deve estar collocada em posição obstetrica, no bordo da mesa ou do leito, e o operador entre as duas coxas levantadas e mantidas por dois ajudantes.

Introduzido o index na vagina, convenientemente desinfectado e o polex na dobra que separa a coxa do grande labio, ou inversamente, de modo a se sentir o osso nas extremidades dos dedos, faz-se então sobre elle uma incisão antero-posterior de 4

centimetros, cuja parte media fica á direita da furcula.

Estando exposta a face exterior do osso, e dando-se um corte de bisturi no sentido das fibras musculares que d'ahi partem, usa-se da rugina curva para desnudar na extensão necessaria, a face exterior, os bordos, a face posterior do pilar da arcada e atravessar de dentro para fóra, fazendo apparecer a ponta do instrumento no buraco sub-pubiano.

Durante todo este trabalho deve ser mantido um dedo da mão esquerda na vagina e outro na ferida, áfim de conservar toda espessura da parede vaginal sem a menor ameaça.

Tendo-se passado a agulha e a serra de cadeia de dentro para fóra na abertura feita por detraz do osso, só se deve começar a serrar depois de ter-se descollado e recalcado as partes molle o mais possivel para traz da tuberozidade do ischio, por detraz da furcula.

Poder-se-ia empregar uma pinça propria senão fosse o receio de produzir esquirolas.

Depois com o dedo e com a extremidade de uma rugina recta, attingi-se o longo do bordo interno do buraco ischio-pubiano, para ahi destacar a membrana obturadoura o mais alto possivel.

SEGUNDA SECÇÃO

Pubis

Ordinariamente o parteiro fica entre as coxas da mulher e tem quasi sempre ao seu lado um cirurgião. Depois de se haver certificado com a maxima segurança que entre os dedos foram sentidas as duas espinhas pubianas, traça-lhe sobre o ventre uma parella longa, a 4 centimetros da linha-media, e sobre esta linha que passa a um dedo transverso para fóra da espinha, faz-se uma incisão de 5 centimetros, começando pouco acima da arcada crural, isto é, da linha das espinhas iliaca superior e pubiana.

Descobrem-se assim as fibras brancas da arcada e abaixo o envolucro aponevrotico do musculo pectineo, do qual serão destacados a arcada e o

ligamento de Gimbernat que são cortados no sentido da incizão cutanea, isto é, perpendicularmente ás suas fibras.

E', pois, necessario dividir, e isto se faz fora do orificio inguinal externo, todas as fibras que ahi se veem assim como as dos ligamentos de Gimbernat e de Cooper que se acham profundamente situadas, respeitando-se, porem, o conteudo do canal inguinal.

Seccionando-se então o pectineo, fica descoberta e facil de manejar a superficie pectineal do pubis. São necessarios ainda alguns golpes de rugina para permittir a passagem da serra de cadeia, por detraz do osso e de cima para baixo.

Antes, porem, de serrar, prefere-se algumas vezes a rugina para destacar para fora as partes molles, pois é preciso dividir o osso longe da linha media, tendo-se a precaução de levantar ligeiramente a cabeça do feto, sendo, ao mesmo tempo, observados os cuidados que requer esta phase da operação.

Terminação da separação dos ossos. Executada

a dupla secção ossea não se nota ainda o alargamento. E' necessario que, pela abertura superior, a rugina seja manobrada de cima para baixo, ao longo do bordo interno do orificio para acabar de disfazer a inserção da membrana obturadoura, e que a exploração do index esquerdo, á medida que o afastamento se produz, assignale as brides fibrozas destendidas e as que persistem em resistir, afim de que a mão direita por meio de um instrumento rombo e forte, rompa estes obstaculos, fazendo apoio sobre o pubis.

O proprío dedo explorador é de grande vantagem para forçar sem perigo a inserção do erector se estiver muito resistente.

Quando se sente que toda a arcada crural superficial e profunda, inclusive o ligamento de Cooper que se estende a sobre crista pubiana, está perfeitamente dividida e que nada resta entre as duas incisões, os ossos não se separam ainda se o ajudante que distende a coxa a tem separada com firmeza.

Assim, os adductores inseridos no corpo do

pubis são destendidos e mantem este approximado das partes que a serra acaba de separar.

E' indispensavel, pois, que a coxa seja destendida, isto é, em semiflexão e abducção muito ligeira para permittir apenas ao parteiro manobrar livremente. Deste modo os musculos adductores não destendidos deixam de oppor obstaculo ao affastamento.

E' preciso além disto que a perna não seja immobilizada afim de que a coxa possa gyrar livremente, isto é, ceder aos musculos obturadores para que estes possam ceder ao pubis, que, separando-se, leva uma parte de suas inserções.

Nestas condições o operador occupar-se-ha da flexibilidade da symphise pubiana e não lhe será difficil augmental-a, mesmo sem uma pinça propria, porque com as extremidades dos dedos consegue-se puxar para adiante a valvula pubiana movel, em detrimento de algumas fibras intra-pelvianas insignificantes.

A separação sacro-iliaca se opera somente do lado não ankylozado; é portanto a coxa correspon-

dente que preciza ser levada em abducção forçada. O ilio intacto e movel, obedecendo á coxa do mesmo lado, passa por fóra e leva o fragmento pubiano do lado opposto, afastando as superficies seccionadas.

Neste caso convem não se oppôr os musculos adductores que se inserem no pubis seccionado, como acontece se se distendem por abducção simultanea da outra coxa.

Ainda aqui, é á attitude de flexão e a adducção, sustentada que relaxa os adductores e immobiliza o lado da bacia, ankylozado ou não, que se deve recorrer durante a separação sacro-iliaca do lado opposto.

Além disto, durante a entrada da cabeça na excavação deve-se manter o relaxamento dos adductores do lado seccionado afim de permittirem o afastamento preciso do pubis.

Terminado o parto, alguns operadores julgam util perfurar os dois fragmentos do ramo horizontal do pubis, de cima para baixo e praticar uma sutura ossea solida, metallica ou não.

Provavelmente deve-se cogitar em reunir por diversos pontos a incizão da arcada crural para favorecer a consolidação desta região.

Cumpre accrescentar que tanto a raiz do clitoris como a veia crural e a arteria obturadoura, não mencionada aqui, estão isentas de qualquer lezão como demonstram os diversos exercicios cadavericos improvisados, mas feitos sob certas regras prescriptas, em que o mais inexperiente cirurgião nunca observou o menor golpe nos orgãos alludidos. A descoberta dos ossos se faz dividindo apenas as arteriolas e venulas.

O ajudante deve fazer, depois de effectuadas todas essas medidas, rigorosa asepsia e antisepsia de todo o campo operatorio, encarregando-se o cirurgião da collocação do apparelho.

CAPITULO IV

Vantagens da ischio-pubiotomia sobre outras operações obstetricas

A ischio-pubiotomia, particularmente indicada nos casos de bacia obliqua ovalar, tem sobre as demais operações vantagens incontestaveis.

Deixando á margem a embriotomia, preferida nos casos de feto morto, nem a symphisiotomia, nem o parto prematuro provocado, garantem igual porcentagem de crianças vivas.

A symphisiotomia nem sempre permitte o afastamento bastante para a passagem do feto, sem lezões mais ou menos graves dos tecidos molles.

O afastamento do pubis, na grande maioria dos casos, expõe a parturiente a sérias complicações;

os depedaçamentos vaginaes e vulvares são quasi sempre observados.

A distensão da bexiga, a deslocação e as feridas da urethra, a secção de vasos importantes, acompanhadas de grandes hemorrhagias e ainda outras lezões podem em varios casos seguir-se á symphisiotomia.

Se estas complicações podem ser observadas as vezes, desde o afastamento do pubis, antes mesmo que se tenha feito qualquer tentativa de extracção da criança, facilmente se concebe que ellas se produzirão sobretudo quando, pelo facto da passagem do feto atravéz do canal osseo e das manobras que se tornem necessarias, o afastamento do pubis e a tensão das partes molles, sejam levadas a seu maximo.

A extracção do feto pela symphisiotomia, faz-se sempre com as mais sérias difficuldades, causando, com frequencia, graves lezões das partes molles.

No caso de ankyloze unilateral, o afastamento do pubis pode facilmente comprometter a articulação sacro-iliaca não ankylozada.

Neste caso de ankyloze unilateral, a symphisiotomia tem sido considerada pelos seus adeptos como uma contra-indicação necessaria, e, ao passo que, os adversarios têm como um dos principaes argumentos para oppor a secção da symphise pubiana.

As bacias onde existe ankyloze da symphise sacro-iliaca, quer unilateral quer bilateral, tem sido consideradas o *noli me tangere* por todos os pelviotomistas.

Codene, observou, na Maternidade Toulonse, um caso em que apezar do disjunctor, não poude afastar o pubis mais de 4 centimetros, isto devido á ankyloze unilateral, pelo que, receiando comprometter a articulação sacro-iliaca não ankylozada, desistiu da operação.

Lembra, igualmente o professor Pinard, um caso em que difficilmente fez-se o afastamento dos pubis e que somente o osso iliaco do lado esquerdo poude ser afastado, ficando, porém, o pubis do lado direito immovel.

Tratava-se de uma primipara operada na clinica de Baudelocque.

Na idade de 4 annos havia cahido de um terceiro andar e esta queda havia determinado lezões que impuzeram a sua permanencia no leito durante 2 annos.

Durante este tempo, produziram-se abcessos multiplos ao nivel do quadril direito, havendo em seguida ankyloze.

Pelo exame verificou-se : parada de desenvolvimento acceituada do quadril direito ; numerosas cicatrizes em toda porção direita da bacia, assim como ao nivel da articulação coxo-femural e ao nivel da symphise sacro-iliaca, ankyloze do femur com a bacia, impedindo todo o movimento de abducção.

Submettida á anesthesia, verificou-se que o diametro promonto-pubiano, media 90 millimetros e que havia projecção da tuberozidade ischiatica direita.

A bacia era asymetrica e a arcada pubiana retrahida.

Era impossivel perceber-se os movimentos ao nivel da articulação sacro-iliaca.

Nestas condições praticou-se a symphisiotomia, cuja execução foi difficilima por falta de abducção do membro inferior direito.

Neste momento, reconheceu que a bacia abria-se ao lado esquerdo, compromettendo a articulação.

O forceps foi applicado, porém o afastamento inter-pubiano não poude se manter em vista da asymetria dos dois pubis.

Durante a extracção, produziu o despedaçamento da parte anterior da vagina communicando-a com a ferida operatoria.

« J. L. de Baudelocque narra que Bonnard de Hesdin não podendo em um caso, dividir a symphise do pubis que lhe pareceu ossificada e imaginando que seria em vão fazel-o, em vista do estado da symphise sacro-iliaca que deveria estar igualmente endurecida, preferiu abandonar este primeiro projecto e recorrer á operação cezariana ».

Desde 1781, Desgrauges dizia : « Se com effeito, a symphise anterior estiver soldada será possivel

desunil-a com uma serra convexa e abotoada, mas si uma das symphises posteriores estiver ossificada, um só dos ossos do pubis se afastará e o augmento obtido pelo estreito viciado a pouco se reduzirá, sem resultar vantagem alguma para o parto; se porém, ambas estiverem unidas é debalde serrar-se o pubis, sendo preferivel recorrer á cezariana que deverá ser praticada em primeiro logar».

M. Lachapelle, formulando algumas objecções contra a symphisiotomia diz: « que não é tanto a ossificação da symphise pubiana se deve ter receio de encontrar, desde que é possivel fazer-se a secção por meio da serra, mas a das symphises sacro-iliacas, bastante frequente e por vezes observada, é que poderia impedir o afastamento ».

H. Nœgele, W. Greuser enumerando as duvidas e objecções formuladas contra a symphisiotomia diziam: « Nunca se poderá estabelecer d'antemão quanto o pubis pode afastar-se, pode mesmo acontecer que uma das symphises sacro-iliacas ou

que ambas estejam ossificadas o que annula completamente o resultado da operação.

Devemos, portanto, em semelhantes casos, abandonar completamente a symphisiotomia que, longe de offerecer vantagem, acarreta, pelo contrario, os mais serios inconvenientes.

A operada está mais exposta como na cezariana ás consequencias do traumatismo dos tecidos.

As ulcerações e feridas communicando ás cavidades, lesões da bexiga e da urethra, devem, por sua gravidade, attrahir vivamente a attenção.

As lesões da urethra são os despedaçamentos e arrancamentos.

Ha casos, em que a lezão é tão consideravel que o canal da urethra descollado, despedaçado, não é encontrado sinão com grande difficuldade.

Ao lado destes casos, nos quaes ha claramente ferida da urethra, ha outros em que a urethra é lezada sem que haja ferida apparente.

Si a distensão dos tecidos é muito grande, quer no momento do afastamento do pubis, quer durante a extracção, a urethra pode ser desten-

dida, e sua parede, despedaçada em parte somente, pode parecer indemne.

Ella pode, entretanto, ficar tão adelgaçada que no caso de um catheterismo, mesmo prudentemente praticado, seja perfurada.

As fistulas urethraes secundarias, podem originar-se destes despedaçamentos.

A laxidão do tecido cellular protege a bexiga durante o afastamento dos ossos; muitas vezes tambem, as lezões vesicaes se produzem no momento da extracção da criança.

Os abalos successivos, a compressão contra o bordo posterior de um dos pubis, são os principaes agentes.

A ruptura vesical se produz quer por despedaçamento, quer por secção, podendo localizar-se sobre a face posterior do orgão, sendo possivel, mesmo, em certos casos o comprommettimento das duas faces.

As lesões deste orgão são, portanto, consideradas entre as complicações mais sérias da symphisiotomia.

As solucções de continuidade da vagina, o despedaçamento do collo e da região para-clitori-diano podem sangrar bastante e por algum tempo, dando logar até a grandes hemorrhagias.

A formação de trombus é uma consequencia da distensão excessiva das partes molles.

Além d'estas complicações, a facilidade de infecção collocam a symphisiotomia em um plano inferior.

Sobre a cezariana os riscos são ainda maiores.

Se é maior a probabilidade de exito quanto á vida da criança, o perigo a que fica exposta a parturiente, quer durante o tempo preciso para o restabelecimento, quer depois, na possibilidade de nova gestação, firmam a superioridade da ischio-pubiotomia.

Os phenomenos de choque são frequentes nas 24 primeiras horas que se seguem á operação.

Observa-se no primeiro dia : agitação, insomnia, grande rapidez do pulso e tendencias ás lipothymias.

A facilidade com que estes phenomenos de

choques provêm, de alguma sorte, da predisposição particular da mulher, e sobretudo, em consequencia da lentidão da operação e da multiplicidade dos accidentes que se succedem durante sua execução.

As hemorrhagías são os inconvenientes mais possiveis de temer.

O parto prematuro provocado, pode garantir a vida da criança e da operada nos casos em que o diametro minimo oscilla entre 85 e 90 millimetros; abaixo disto, porém, os resultados são duvidosos e os riscos crescem em proporção assustadora.

A ischio-pubiotomia tem incontestavel vantagem nestes casos e particularisando os casos de bacia obliqua ovalar com ankyloze sacro-iliaca, nenhuma outra operação garante melhor exito.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

PROPOSIÇÕES

1.ª Secção

Anatomia Descriptiva

I

A bacia é um conducto osseo situado na parte inferior do tronco.

II

E' constituida pelos ossos iliacos, sacro e coccyx solidamente unidos pelas symphises pubiana, sacro-coccygiana e sacro-iliaca.

III

O interior da bacia é dividido por uma linha em duas partes: uma superior ou grande bacia e outra inferior ou pequena bacia.

Anatomia Medico-Cirurgica

I

O utero é um orgão destinado a receber o producto da concepção e a expulsal-o no termo da gravidez.

II

A sua situação na pequena bacia é acima da vagina, abaixo das ansas do intestino delgado, atraz da bexiga e adiante do recto.

III

O seu pezo medio é, segundo Sappey, de 45 grammas.

2.ª Secção

Histologia

I

Duas theorias se incumbem de explicar o modo pelo qual se formam os pequenos seres qne se denominam cellulas.

II

A theoria do blastema ou da livre formação quasi abandonada hoje, foi defendida com fervor por Schleinden, Schwan, Robin e derrotada pelos brilhantes estudos de Kolliker, Remak e Wirchow.

III

A segunda theoria se pode resumir nas tres

seguintes palavras: Omnis cellula cellula. Foi fundada por Wirchow.

As cellulas se multiplicam por meios diversos que devem ser perfeitamente conhecidos.

Bacteriologia

I

O cholera é uma molestia infectuosa cujo agente pathogeno é o bacillus virgula.

II

A cavidade intestinal é a séde exclusiva deste bacillo.

III

O bacillo não penetrando nem no sangue nem na lympha e não se espalhando nos tecidos, não pode produzir os accidentes geraes do cholera pelo processo de intoxicação; deve pois secretar na cavidade intestinal uma materia venenosa que, absorvida na superficie do intestino, determina o envenenamento de todo o organismo.

Anatomia e Physiologia Pathologicas

I

Na metrite puerperal, o utero é flacido as paredes tão embebidas de succos e os seios venozos são cheios de puz e de coagulação fibrino puriformes.

II

A mucosa tem uma coloração vinhoza, embebida de um liquido puriforme.

III

A caduca é polposa, amollecida, a superficie de implatação da placenta é assignalada por uma superficie vegetante representando cotyledons da placenta materna recoberta em sua parte saliente por pequenos coagulos fibrinozos.

3.ª Secção

Physiologia

I

A irritabilidade é a propriedade fundamental da cellula, á condição de suas manifestações vitaes.

II

Tudo que tem vida é irritavel, isto é, reage em presença de uma excitação.

Toda cellula tem uma certa independencia no organismo ; é a reunião destas existencias parciaes que constitue a vida.

III

Cada cellula commanda por assim dizer, um territorio cellular, d'onde ella é o centro de acção.

THERAPEUTICA

I

Emmenagogos são medicamentos que tem por fim provocar phenomenos congestivos para o lado da mucoza uterina e por conseguinte, provocar ou exagerar o fluxo menstrual.

II

Os emmenagogos se dividem em directos e indirectos.

III

São emmenagogos directos propriamente ditos: O Apiol, artemizia o cardo morto, o açafrão e a losna.

4.ª Secção

Hyigene

I

As vestes são destinadas a evitar que a superficie cutanea do corpo se ache em relação muito directa com o meio exterior.

II

Para cada clima deve haver uma vestimenta propria.

III

Infelizmente *nós* não seguimos esta regra.

Medicina Legal e Toxicologia

I

Os venenos se eliminam em natureza ou se transformam no organismo em outros principios, de

modo que muitas vezes se não pode encontrar o menor traço da substancia primitiva, a menos que não tenha sido introduzida na economia em dose brutal.

II

Estas metamorphoses se operam por oxydações, reducções e desdobramentos.

III

A eliminação das substancias toxicas dura tempo variavel e se faz pelos rins, glandulas, vias respiratorias e a pelle.

5.ª Secção

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

A penetração e a pullulação nos tecidos de um cogumello (actinomyce du beuf) provoca uma affecção que se denomina—*actinomicose.*

II

Todos os animaes, herbivoros e omnivoros,

podem contrahir a molestia, mas o boi é mais frequentemente atacado, a infecção produz-se quasi sempre pelo tubo digestivo e pelos pulmões; é devida á inhalação de poeiras carregadas de destroços vegetaes, á ingestão de cereaes ou de carnes infectadas e talvez a inoculação directa por um corpo contaminado de actinomyces.

III

A intervenção local, impõe-se quando a lezão é facilmente accessivel; se recorrerá ás incisões largas, á curetta e ao thermocauterio.

Operações e Apparelhos

I

Para assegurar a hemostase definitiva, a ligadura é o processo de escolha para todos os vasos de grosso calibre, tanto arteriaes como venosos.

II

A ligadura de uma arteria na continuidade compõe-se de varios tempos;

1.º determinação do ponto onde o vaso deve ser ligado; 2.º pesquiza e isolamento do vaso; 3.º collocação da ligadura. 4.º fechamento da ferida.

III

Os grossos vasos podem ser ligados em grande parte de seu trajecto é regra, entretanto, ligal-os em certos pontos determinados, chamados ponto de escolha.

Clinica Cirurgica (1.ª Cadeira)

I

A urethrotomia externa consiste na incizão do canal da urethra, atravéz do perineo.

II

E' indicada nas lezões traumaticas do canal, especialmente as lacerações, os estreitamentos dificilmente accessivel á dilatação.

Tem por fim tornar possivel a evacuação da urina pelo canal.

III

E' as vezes tambem, praticada para permittir a exploração digital da bexiga.

CLINICA CIRURGICA (2.ª Cadeira)

I

Os progressos recentes nas operações de lithotricia tem augmentado a esphera de suas indicações.

II

A dor e a hemorrhagia primitiva ou secundariada operação da talha e que na lithroticia só podem ser attribuidas á impericia do operador, o despedaçamento da glandula prostatica, a lezão do bulbo da urethra, a lezão do peritoneo e o derrame de urina na cavidade abdominal; a secção do intestino recto a secção ou obliteração dos canaes ejaculadores, a fistula urinarea perineal, a infecção purulenta, accidentes tão possiveis na operação da talha, são tantas razões que fazem dar preferencia a lithotricia, considerado o caso de um modo geral.

A talha se impõe como regra: nos casos de calculos de resistencia insuperavel pelos instrumentos lithotridores de enkystamento d'elles e quando existem lezões graves dos rins, urethra e bexiga.

6.ª Secção

PATHOLOGIA MEDICA

I

A epilepsia, depois dos estudos de Gower, é considerada como uma molestia da parte cortical dos hemispherios cerebraes.

II

As fórmas larvadas do accesso epileptico se manifestam ordinariamente por uma nevralgia do quinto par, tico doloroso, angina de peito e delirio agudo.

III

Os ataques epilepticos podem ser simulados, estes não escapam ao olhar do medico habil.

Clinica Propedeutica

I

No estado physiologico, a percussão do thorax dá nascimento, sobre todos os pontos em que a parede está em relação immediata com o pulmão, a um ruido particular, ao qual Piorry chamou de som pulmonar.

II

A sensação de resistencia mais ou menos forte experimentada pelo dedo percutido dá, até certo ponto, a medida do gráo de elasticidade do parenchyma sub-jacente.

III

A sensação de elasticidade varia de ordinario, no mesmo sentido e na mesma proporção que a intensidade do som.

Clinica Medica (1.ª Cadeira)

I

A febre recurrente é uma molestia produzida pelo Spirochœte d'Obermeier.

II

E' caracterizada sob o ponto de vista clinico por verdadeiros accessos intermittentes, mas cujo estado de calor se prolonga varios dias.

III

O seu tratamento é puramente symptomatico.

Clinica Medica (2.ª Cadeira)

I

As gastrorrhagias são devidas á ruptura de vasos sem que tenham soffrido modificação de textura; á ruptura de vasos doentes; á ulceração e outras lezões das paredes vasculares.

II

E' muitas vezes de summa difficuldade o diagnostico da gastrorrhagia; o pratico tem de jogar com grande numero de conhecimentos para firmar o seu juizo.

III

A gastrorrhagia sendo um symptoma comprehende-se o valor do tratamento prophylatico.

O tratamento d'este symptoma resume-se no emprego do frio e dos stypticos.

7.ª Secção

Materia Medica, Pharmacologica e Arte de Formular

I

As arvores que fornecem as quinas pertencem ao genero chinchona, da familia das rubiaceas.

Ha tres especies de quinas officiaes: a cinzenta a amarella e a vermelha.

II

Os mais importantes dos alcaloides das quinas são: a quinina, cinchonina, cinchonidina, a quinidina, a quinamina.

Tem-se encontrado ainda nas quinas: a paricina, a aricina, a chincoratina, a crisnonina, a quinoidina, o acido quinico, o acido-quinio tannico, a substancia chamada vermelho cinchonico e substancias que acham-se ordinariamente em todos os vegetaes.

III

As quinas são falsas e verdadeiras; estas contém quinina e cinchonina e são poderosos antithermicos; aquellas não contém estes alcaloides e são inertes.

A quinina é antiperiodica, antinevrologica e especifica nas affecções palustres.

Historia Natural Medica

I

O pulex penetrans é um insecto microscopio das regiões intertropicaes. E' tambem chamado dermatophilus penetrans, sarcopsylla, shincoprion penetrans, puce penetrante, chique, tunga bicho de pé.

II

O pulex penetrans é de forma oval, cor amarella escura, tendo 1^{mm},0 a 1^{mm},3 de comprimento, devidido em 13 segmentos; a superficie do corpo, é coberta de pellos, tem tres pares de patas articuladas; na cabeça tem: o capuz, orgãos buccaes, olhos e antennos; os orgãos buccaes são em numero

de 8 : maxillas, palpos, mandibulas, sugador e labio inferior; tem 2 azas membranosas que se inserem no metathorax, as patas trazeiras são maiores que as medias e estas por sua vez maiores que as anteriores; as quaes dividem-se em 4 segmentos; a abdomen tem 2/3 de todo o corpo.

III

O pulex tem canal intestinal completo. O apparelho genital macho consta de testiculo, vesiculas seminaes, 2 ductos ejaculadores, penis com quatro valvulas, e peças corneas cuja a principal se denomina alavanca permasia.

Chimica Medica

I

O pulex penetrans passa por todas as transformações proprias ao insecto. Sahe do ovo em estado de larva vermicular e antes de nascer pulex penetrans se crysalida em seu casulo de seda.

O acido urico foi descoberto por Scheele; se o retira dos excrementos das serpentes e das aves, mais vantajosamente do guano.

II

Na urina, o acido urico se acha em estado de urato acido de sodio.

III

Nas molestias agudas, a febre, a gotta e sob a influencia de uma alimentação copiosa a proporção dos uratos augmenta e a urina deixa depor um sedimento abundante e corado.

8.ª Secção

Obstetricia

I

A versão é uma operação que consiste em transformar uma posição existente por uma outra que facilite o parto.

II

Ha duas sortes de versões, segundo se leva a cabeça ou o pelvis ao nivel do estreito: versão cephalica, versão prodalica.

III

Esta operação pode ser praticada por manobras externas ou por manobras internas.

Clinica Obstetrica e Gynecolnogica

I

Entende-se por aborto a expulsão do producto da concepção em uma epocha em que não é viavel.

O aborto é ovular, embryonario ou fetal segundo o tempo da prenhez em que se manifesta.

II

A syphilis representa um papel importante como causa de aborto.

III

A symptomatologia do aborto varia enormemente

segundo a epocha da prenhez em que se dá ; dous factos entretanto acompanham sempre o aborto : a hemorrhagia e a contracção uterina.

9.ª Secção

Clinica Pediatrica

I

O aleitamento natural é incomparavelmente o melhor.

II

Toda mãe que tem leite e que não é doente deve amamentar seu filho.

III

O aleitamento natural deve ser continuado até aos dezeseis ou dezoito mezes.

10.ª Secção

Clinica Ophtalmologica

I

Entende-se por nystagmus os movimentos oscillatorios curtos dos olhos.

II

O nystagmus pode ser adquirido ; é então professional ou idiopathico, ou symptomatico de affecções dos centros nervosos.

III

O nystagmus dos mineiros pode ceder a um tratamento apropriado consistindo, no repouso, nas duchas oculares e nas correntes continuas.

II.ª Secção

Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

I

A bartholinite aguda é uma complicação frequente da bleunorrhagia aguda.

II

E evolue com os caracteres de inflamação aguda com tendencia rapida á suppuração.

III

O tratamento cirurgico é que tem dado melhor resultado.

12.ª Secção

Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

I

Uma lezão, um coagulo hemorrhagico por exemplo, situada na parte superior da protuberancia, produz uma hemplegia cruzada, para os membros e para a face.

II

Si a lezão, porém, é situada na parte inferior da protuberancia, determina uma hemplegia cruzada para os membros e directa para a face (hemplegia alterna.)

III

A explicação está no seguinte facto: no primeiro caso, a lezão destructiva dos conductos kinesodicos interessa ao mesmo tempo as fibras destinadas aos membros e as destinadas á face, donde a hemplegia cruzada ao mesmo tempo para os membros e para a face; em quanto que, no segundo caso, a lezão interessa ás fibras destinadas ao membro, antes de seu entrecruzamento, e ás destinadas a face, já entrecruzadas, d'onde a hemplegia alterna.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia em 17 de Outubro de 1903.

O Secretario,

Dr. Menando dos Reis Meirelles